附件1:

附件2：

营利性非公立医疗机构医疗服务价格

项目编码规则

根据省物价局、省卫生计生委、省人力资源社会保障厅《关于非公立医疗机构医疗服务实行市场调节价的通知》（苏价医〔2014〕209号）精神，为建立健全非公立医疗机构内部价格管理制度，加强对放开后医疗服务项目价格监测，便于信息化管理，经过充分调研论证，特制定本规则。

一、营利性非公立医疗机构在全省医疗服务价格项目规范之外设立医疗服务价格项目实行统一的九位编码。

第一位 代表营利性非公立医疗机构在全省医疗服务价格项目规范之外设立的医疗服务价格项目（统一编码为“9”）； 第二、三位 代表各省辖市地区编码(00-13，见下表)；

地区编码表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 编码 | 地区 |  | 编码 | 地区 |
| 00 | 省级 | 07 | 连云港 |
| 01 | 南京 | 08 | 淮安 |
| 02 | 无锡 | 09 | 盐城 |
| 03 | 徐州 | 10 | 扬州 |
| 04 | 常州 | 11 | 镇江 |
| 05 | 苏州 | 12 | 泰州 |
| 06 | 南通 | 13 | 宿迁 |

第四、五位 代表《江苏省医疗服务项目价格手册》的二级分类编码（见下表）；

|  |  |
| --- | --- |
| 二级分类编码 | 名称 |
| 11 | 一般医疗服务 |
| 12 | 一般检查治疗 |
| 13 | 社区卫生及预防保健项目 |
| 14 | 其它医疗服务项目 |
| 21 | 医学影像 |
| 22 | 超声检查 |
| 23 | 核医学 |
| 24 | 放射治疗 |
| 25 | 检验 |
| 26 | 血型与配血 |
| 27 | 病理检查 |
| 31 | 临床各系统诊疗 |
| 32 | 经血管介入诊疗 |
| 33 | 手术治疗 |
| 34 | 物理治疗与康复 |
| 36 | 疼痛诊疗类 |
| 41 | 中医外治 |
| 42 | 中医骨伤 |
| 43 | 针刺 |
| 44 | 灸法 |
| 45 | 推拿疗法 |
| 46 | 中医肛肠 |
| 47 | 中医特殊疗法 |
| 48 | 中医综合 |
| 70 | 单病种项目 |
| 71 | 日间手术病种 |

第六—九位 代表医疗服务价格项目顺序码（0001-9999），各省辖市价格主管部门根据营利性非公立医疗机构自主立项的具体医疗服务价格项目，按对应的二级分类进行编码登记。

二、各省辖市价格主管部门会同卫生计生、人力资源和社会保障部门制定对市区及县级的医疗服务价格项目登记程序、时限，省直管县（市）的医疗服务价格项目报省辖市登记。

三、各地必须高度重视编码工作，建立营利性非公立医疗机构医疗服务价格项目编码规则，是非公立医疗机构内部价格管理的基础，是建立医疗保险经办机构与定点非公立医疗机构谈判机制的前提，也是及时掌握医疗服务项目价格变化和医药费用控制情况的基础性工作，通过采集、发布非公立医疗机构医疗服务价格信息,引导非公立医疗机构医疗服务价格的合理形成。

附件2：

苏州市营利性非公医疗机构自立医疗服务项目编码申报表

医疗机构：（盖章） 申报日期：　 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 建议编码 | 项目内涵 | 除外内容 | 计价单位 | 价格（元） | 说明 | 申报项目事由 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

说明：1.本表一式三份，医疗机构、医保部门、卫健部门各一份。

2.建议编码填写：按照《 营利性非公立医疗机构医疗服务价格项目编码规则》填写前5位，后四位顺序编码统一填写0000。

2.申报项目事由填写：新技术、新方法、新服务、改变收费方式。

法人代表签字： 经办人签字： 联系电话：

年 月 日

附件3：

苏州市营利性非公医疗机构自立医疗服务项目编码登记表

医疗机构：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 登记编码 | 项目内涵 | 除外内容 | 计价单位 | 价格（元） | 说明 | 登记项目事由 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

说明：本表一式三份，医疗机构、医保部门、卫健部门各一份。

苏州市医疗保障局 苏州市卫生健康委员会

年 月 日